

# QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ENFANT

Nom et prénom(s) de votre enfant :

.....

Votre Nom et prénom(s) : .....

Votre statut légal (mère, père, tuteur...) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....Téléphone : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : ..... Poids : .....Taille : .....

Adresse e-mail : ..... Profession : .....

Nom du médecin traitant ou pédiatre + téléphone: .....



## Motif de consultation

Contrôle	<input type="checkbox"/>	Articulation	<input type="checkbox"/>	Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	Bruxisme	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	Sensibilité	<input type="checkbox"/>	Dent fracturée	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
Gencive	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>	Dent(s) mobile(s)	<input type="checkbox"/>		

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) : .....

## Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Cocher la(les) case(s) :

Troubles cardiaques (Infarctus, valve...)	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Troubles vasculaires (Hémophilie, AVC...)	<input type="checkbox"/>	<b>Allergies ?</b>	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux (Calcul, dialyse...)	<input type="checkbox"/>	(Iode, latex, aspirine antibiotique, codéine, pénicilline, ibuprofène...)	
Troubles digestifs (Ulçère, reflux...)	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez-la(les)quelle(s) : .....	
Troubles hépatiques (Cirrhose, stéatose...)	<input type="checkbox"/>	.....	
Troubles nerveux (anxiété, dépression...)	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux (thyroïde, glandes)	<input type="checkbox"/>
Troubles épileptiques	<input type="checkbox"/>	Déficit immunitaire / séropositivité	<input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires / asthme	<input type="checkbox"/>	Hépatite ? (A, B ou C)	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires (lentilles, tension, cataracte...)	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Cancer :	<input type="checkbox"/>
		Quelle localisation ? .....	
		Avez-vous subi une radiothérapie ? .....	

Prend-il des médicaments en ce moment ?

.....

Pratique-t-il un sport ?

Si oui, lequel : .....

Autre problème de santé à signaler : .....

Présente-t-il un handicap ?

Si oui, lequel :

.....

Prend-il ou a-t-il pris du fluor ?

Si oui, sous quelle forme :

.....

Date :

Signature du responsable :

### Actes « Non remboursés »

Dans notre cabinet dentaire, pourront vous être facturés des actes non remboursés par la sécurité sociale qui ne seront peut-être pas remboursés par votre assurance complémentaire. Ces actes non remboursés peuvent concerner tous les soins (prévention, détartrage, composites, traitements de racine...) et ce pour tous les praticiens du cabinet. Ceci s'applique également aux patients bénéficiant de la CMU. Le tiers-payant n'est pas pratiqué (sauf CMU).

Un devis n'est pas obligatoire si ces actes non remboursés sont inférieurs à 70€ : *arrêté du 2 octobre 2008 publié au JO du 11 octobre 2008*

La signature de ce questionnaire confirme la réception de cette information.